

# Seminoma Retroperitoneal Abordado Através de Laparoscopia Assistida por Robô: Neoplasia Primária ou Metástase de Tumor “Burned Out” de Testículo: Relato de Caso

Matheus N. M. Reis<sup>1</sup>, Júlia L. V. Almeida<sup>2</sup>, Lara L. D. Moura<sup>2</sup>, Lívia S. Gonçalves<sup>2</sup>, Paulo B. O. Arantes<sup>3</sup>, Pedro R. Castro<sup>3</sup>

1) Urologista no Horizonte Instituto Oncomed de Saúde e Longevidade

2) Acadêmica de Medicina na Universidade José do Rosário Vellano

3) Urologista no Hospital Madre Teresa

**Correspondência\*:** Tel.: +55 31 98313-1139  
matheus.nister@gmail.com

## RESUMO

Os tumores de células germinativas (TCG), em homens, são majoritariamente originários dos testículos, porém podem ter origem extra-gonadal. Muitas vezes a diferenciação entre uma neoplasia primária do retroperitônio ou metástase de uma lesão testicular involuída é difícil de ser realizada. Apresentamos o caso de um paciente adulto jovem com achado tomográfico de massa retroperitoneal com ultrassom testicular normal cujo anatomopatológico sugeriu tecido necrótico associado a tumor seminomatoso. Foi realizada quimioterapia adjuvante e, após 2 anos de acompanhamento, não há indícios de recorrência ou progressão da doença.

**Palavras-chave:** tumor de células germinativas extragonadal, tumor retroperitoneal, tumor “burned out” de testículo

## INTRODUÇÃO

Os TCG, em homens, são originários dos testículos, na maioria dos casos. Apenas 1 a 2% surgem em localização extragonadal, principalmente mediastino e retroperitônio. O subtipo histológico não seminomatoso é mais comum enquanto o seminomatoso responde a 30 a 40% dos casos.<sup>[1]</sup> Dentre todas as massas retroperitoneais malignas primárias, os TCG correspondem a 4% dos casos, cujos principais diagnósticos diferenciais são linfomas, sarcomas e linfonodos metastáticos.<sup>[2]</sup>

Muitas vezes a diferenciação entre uma neoplasia primária

de retroperitônio e metástase de lesão testicular involuída é difícil de ser realizada. O termo “burned-out” refere-se a um fenômeno raro, porém real de regressão completa e espontânea do tumor primário, que se manifesta através de neoplasia à distância no momento do diagnóstico. Não é exclusivo de origem testicular, também pode ocorrer naqueles provenientes de células renais, melanoma, neuroblastoma.<sup>[3]</sup> Habitualmente acometem pacientes do sexo masculino em torno da terceira década de vida cujos sintomas são tardios, associados à compressão pelas grandes massas retroperitoneais.<sup>[1]</sup>

Após a excisão cirúrgica e confirmação histológica da neoplasia, o tratamento preconizado é a quimioterapia a base de cisplatina, etoposídeo e bleomicina por 3 ciclos quando tumor é considerado de bom prognóstico. Caso seja de prognóstico intermediário ou ruim, serão considerados 4 ciclos. Não há indicação, atualmente, para radioterapia neste cenário.<sup>[2]</sup>

## RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, 33 anos, procurou pronto atendimento em virtude de dor lombar. Durante a propedêutica com ultrassonografia de abdome foi identificada lesão nodular sólida em topografia de retroperitônio com 6 centímetros no maior diâmetro. Prosseguiu investigação com tomografia computadorizada e ressonância magnética que evidenciaram lesão sólido-cística retroperitoneal de 6,5 centímetros, em

íntimo contato com a parede lateral da veia cava inferior infrarrenal (Figura 1). Realizado, então, estudo ultrassonográfico de bolsa escrotal que descartou alterações testiculares. O exame físico da genitália era normal. A dosagem sérica dos marcadores tumorais apresentou-se dentro dos limites da normalidade, exceto pela desidrogenase láctica elevada (765 U/L valor de referência 230 – 460 U/L). Foi proposta e realizada a ressecção da lesão retroperitoneal por via laparoscópica robô assistida. O paciente foi colocado em decúbito dorsal horizontal com Trendelenburg máximo e os trocateres localizados no andar inferior do abdome em posição padronizada para linfadenectomia retroperitoneal (Figura 2) utilizando a plataforma DaVinci X e docking lateral (Figura 3). O ato transcorreu sem intercorrências, com a retirada integral do tumor. O paciente foi colocado em decúbito dorsal horizontal com os trocateres localizados no andar inferior do abdome em posição padronizada para linfadenectomia retroperitoneal utilizando a plataforma DaVinci X (Figura 1). O tempo cirúrgico de console foi de 90 minutos e o volume de sangramento foi de 30 mililitros. O paciente evoluiu satisfatoriamente e recebeu alta hospitalar transcorridas 24 horas do procedimento cirúrgico. O exame anátomo-patológico sugeriu neoplasia metastática de células germinativas com grande componente necrótico, subtipo histológico seminoma clássico e margens cirúrgicas livres. No pós-operatório foi realizado adjuvância com 3 ciclos de cisplatina, etoposídeo e bleomicina. Não houve qualquer complicação, seja ela precoce ou tardia.

## DISCUSSÃO

Seminomas retroperitoneais são TCG extra-gonodais muito raros, com poucos casos relatados. Sua origem ainda é incerta, com duas teorias atualmente aceitas: falha na migração de algumas células germinativas aberrantes durante a embriogênese na linha média dorsal ou metástases de neoplasias primárias testiculares que sofreram processo de regressão espontânea. Os mecanismos responsáveis pelo fenômeno do tumor “burned out” de testículo, também não são conhecidos. Especula-se que possa ser resultante de torção intermitente da gônada, com consequente dano isquêmico e desaparecimento da lesão inicial. Outra hipótese levantada é a destruição tumoral mediada pelo sistema imunológico do paciente, mais precisamente pelos linfócitos T citotóxicos.<sup>[3]</sup>

Os achados ultrassonográficos característicos de tumor involuído são cicatrizes parenquimatosas, atrofia periférica, alterações focais de ecogenicidade. Microscopicamente são reconhecidos corpos hematoxilífilos, pigmentação com hemossiderina, depósitos de fosfato de cálcio.<sup>[4]</sup> Tais evidências, associadas à microlitíase e alterações na espermatogênese, falam a favor de tumor gonadal regredido.<sup>[3]</sup> O paciente em questão não apresentava anormalidades no exame físico, no estudo radiológico e aguardava o nascimento do primeiro filho. A partir dessas informações, foi levantada a

hipótese de tumor primário do retroperitônio.

Diante da suspeita diagnóstica foi realizada a ressecção da lesão retroperitoneal por via laparoscópica robô assistida, cujo ato transcorreu sem complicações. Em virtude dos benefícios associados à plataforma robótica como magnificação da imagem, visão tridimensional, maior grau de liberdade dos movimentos, foi possível promover a liberação do tecido tumoral o qual apresentava íntimo contato com a veia cava inferior sem hemorragia significativa no intraoperatório. O paciente foi desospitalizado no dia seguinte, sem queixas álgicas.

Após a excisão cirúrgica e confirmação histológica da neoplasia, o tratamento preconizado é a quimioterapia a base de cisplatina, etoposídeo e bleomicina por ciclos quando tumor é considerado de bom prognóstico. Caso seja de prognóstico intermediário ou ruim, serão considerados 4 ciclos. Não há indicação, atualmente, para radioterapia neste cenário.<sup>[2]</sup> O nosso paciente foi classificado como bom prognóstico, uma vez que a única lesão apresentada era de localização retroperitoneal. Assim, foi submetido ao tratamento adjuvante no intuito de evitar recorrência tumoral.

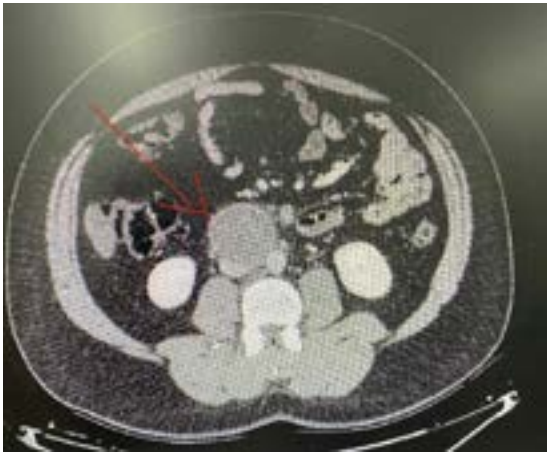
A indicação de abordagem cirúrgica no testículo suspeito de acometimento pelo tumor “burned-out” é outra controvérsia associada à patologia. Diferentes séries, como a descrita por Angulo e colaboradores, sugerem que aqueles testículos que apresentem características compatíveis com lesão tumoral involuída devem ser submetidos a orquiectomia ipsilateral pois há risco aumentado de células neoplásicas residuais associadas à recorrência do quadro.<sup>[3]</sup> Em contrapartida, Hamilton em uma análise da coorte de Punjani et al., sugere que haja 90% de chance de se remover uma gônada normal quando não há alterações clínicas ou radiológicas.<sup>[5]</sup> O paciente em questão apresenta 2 anos de seguimento ambulatorial sem sinais de recorrência tumoral e propedêutica imagiológica sem achados suspeitos.

## CONCLUSÃO

Os TCG de localização extragonadal devem ser lembrados como diagnóstico diferencial de lesões retroperitoneais mesmo na ausência de alterações ultrassonográficas testiculares. Em geral, são neoplasias de bom prognóstico quando manejadas adequadamente.

**FIGURA 1**

Imagem tomográfica com lesão expansiva retroperitoneal em íntimo contato com veia cava inferior



Fonte: Arquivo Pessoal.

**FIGURA 2**

Localização dos trocateres em posição padronizada para linfadectomia retroperitoneal, em andar inferior do abdômen.



Fonte: Arquivo Pessoal.

**FIGURA 3**

Docking lateral com a plataforma Da Vinci Xi



Fonte: Arquivo Pessoal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bedi D, Bagga PK, Singh A, Verma V. Primary extra-gonadal retroperitoneal seminoma, clinically mimicking sarcoma. J Clin Diagnostic Res 2015;9:ED11–2. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/15226.6904>.
2. Joshi S, Sivarajah V. Retroperitoneal seminoma, a rare cause of testicular pain. BMJ Case Rep 2018;2018:2017–9. <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-223736>.
3. Iannantuono GM, Strigari L, Roselli M, Torino F. A scoping review on the “burned out” or “burnt out” testicular cancer: When a rare phenomenon deserves more attention. Crit Rev Oncol Hematol 2021;165:103452. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2021.103452>.
4. Tasu J-P, Faye N, Eschwege P, Rocher L, Bléry M. Imaging of Burned-out Testis Tumor. J Ultrasound Med 2003;22:515–21. <https://doi.org/10.7863/jum.2003.22.5.515>.
5. Hamilton RJ. Is orchietomy always necessary in retroperitoneal extragonadal germ cell tumours? J Can Urol Assoc 2015;9:385–6. <https://doi.org/10.5489/cuaj.3506>.